

# ЛУМБАЛНА ДИСКОВА ХЕРНИЯ

## ОПЕРАТИВНО ИЛИ ПРОДЪЛЖИТЕЛНО КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ



г-р Егвин  
Исмаил Васви

Аджъбадем Сити  
Клиник, гр. Варна

**ЛУМБАЛНАТА ДИСКОВА ХЕРНИЯ Е НАЙ-ЧЕСТОТО ЗАБОЛЯВАНЕ**, което се среща като патология на гръбначния стълб при възрастното население.

Манифестира се с болка в гръбначния стълб и радикулерна симптоматика, като в резултат на механичната компресия на радикакса може да причини неврологичен дефицит.

Болката в кръста е най-честата причина за въздържане от физическа активност сред населението до 45-годишна възраст<sup>[1]</sup>. Лумбалната дискектомия е най-честата неврохирургична оперативна интервенция.

**Б**олката при лумбалната дискова херния е в резултат на компресията на дисковите фрагменти върху невралния радикакс и може да бъде придружена от намалена мускулна сила с характерна миотомна дистрибуция. Когато се сравнят пациентите с лумбална ди-

скова херния, с тези, които имат ниска кръстна болка, тези които имат и унилатерална болка в крака, обикновено имат по-силна и по-персистираща симптоматика, по-лоша прогноза, изразходват повече ресурси на здравната система и отсъстват по-често и за по-дълго от работните си места<sup>[3]</sup>.

Честотата на симптоматичната дискова херния е 2%. Лумбалната дискова херния се среща при 90-95% от случаите в областта на L4-L5, L5-S1. Важно е да се отбележи, че не всяка дискова херния е от клинично значение, голяма част от тях са безсимптомни и не причиняват оплаквания.

Честотата на безсимптомните лумбални дискови хернии, визуализирани на ядрено-магнитен резонанс е следната: 20-39-годишни – 21%; 40-59-годишни – 22%, 60-80-годишни – 36%. Честотата на наличието на бълджинг при 20-39, 40-59, 60-80-годишни е съответно 56%, 50% и 79%<sup>[2]</sup>.

Тези данни показват, че лумбалната дискова херния може да възникне без да причини симптоми и оплаквания и може да регресира спонтанно без хирургично лечение.

Консервативното лечение води до подобряване на симптоматиката и качеството на живот при над 90% от пациентите и не носи рисковете на оперативната намеса.

Важно е да се отбележи, че ако пациентът няма унилатерална или билатерална болка в крака, вероятността да има клинично значима дискова херния от хирургична гледна точка е много малка.

### Образна диагностика

Нужда от спешна диагностика имат обикновено пациентите, които презентират със сериозна компресия на кауда еквина или сериозен моторен дефицит. Най-уместно е да се направи ядрено-магнитен резонанс (>0.5 Тесла), а при липса на такъв може да се направи и компютърна томография. Компютърната томография е особено полезна в случаите, когато има нужда от изобразяване на калцирала дискова херния. При наличието само на болка в гръбнака и/или в краката, може да се изчака до 6 седмици преди да се направи образна диаг-

#### Ключови думи:

дискова херния,  
консервативно  
лечение,  
оперативно  
лечение,  
усложнения

ностика. По данни на радиолозите честотата на дисковите хернии достига до 25%. Това показва, че честотата на дисковите хернии, които са безсимптомни и не причиняват оплаквания е висока. Безсимптомните дискови хернии могат да се срещнат на няколко нива и с напредването на възрастта този процент се увеличава. Затова и не трябва да се приема, че всяка дискова херния, която се вижда на образната диагностика е „патология“, а трябва да се приеме като част от естествените дегенеративни процеси, които настъпват с възрастта.

Друга интересна черта на дисковите хернии е, че радиологично могат да изчезнат или да намалят своите размери. В рамките на 6 месеца до 1 година голям процент от дисковите фрагменти се резорбират<sup>[4]</sup>. Секвестриралите или свободните фрагменти се резорбират повече в сравнение със сублигаментарните фокални дискови хернии<sup>[5]</sup>.

## Консервативно лечение

Основна цел е намаляване на болката, нормализиране на неврологичната функция, подобряване качеството на живот чрез възстановяване на физическата активност и връщането към обичайните ежедневни дейности. Почивката в легнало положение обикновено значително помага при редуцията на болката, но не бива да се забравя, че не се препоръчва по-дълго залежаване от 4 дни, в противен случай настъпва загуба на мускулната сила с 1 до 3% с всеки изминал ден до 10-15% за седмица. Оптималната позиция в легнало положение е различна при различ-

ните пациенти, в повечето случаи пациентите сами намират най-малко болезнената позиция. Обикновено пациентите изпитват облекчение на болката при флексия в областта на колената и бедрата.

## Медикаменти

Когато пациентите имат само лека болка в кръста обикновено няма нужда да се прилагат специфични лекарства. С намаляването на физическите активитети и прилагането на физикална терапия болката отминава. Аналгетици и противовъзпалителни медикаменти е уместно да се прилагат едва когато пациентите имат силна болка, влошаваща значително качеството им на живот.

- *Нестероидни противовъзпалителни средства* – това са най-предпочитаните и може би най-ефикасните лекарствени продукти, които намаляват болката. Не бива да се забравя, че при тяхното приложение има риск от гастроинтестинално кървене, алергична реакция и увеличен риск от миокарден инфаркт. Уместно е да се прилагат в комбинация с гастропротектор.
- *Опиоиди* – трябва да се използват само при много силни болки в кръста, като употребата им повече от 14 дни не е препоръчителна. Страничните ефекти са сериозни, могат да причинят респираторна депресия, психическа и/или физическа зависимост, с развитие на толеранс и абстинентни симптоми. По-уместно е тяхното приложение при онкологични заболявания.
- *Кортикостероиди* – има противоречиви мнения сред различните автори, но е уместно приложението им да продължи за по-кратък

период от 7-14 дни при ниска доза, поради риск от сериозни странични действия върху гастроинтестиналната и хемопоеичната система.

- *Миорелаксанти* – тази група лекарства нямат по-силен ефект от нестероидните противовъзпалителни средства. Уместно е приложението им за кратък период – до 7 дни.
- *Антидепресанти* – имат значителен ефект, особено при наличието на невропатна болка.
- *Невромодулатори* (габапентин, прегабалин) – имат значителен ефект при повлияването на невропатната болка и подобряват значително качеството на живот.

## Физически упражнения

Целта на упражненията в акутния период е контрол върху болката, а не толкова увеличаване на мускулната сила. В началото е препоръчително да се комбинират упражнения във флексия и екстензия, които не предизвикват радикулерна болка. След преминаване на острия период е уместно да се прилагат упражнения за спинална стабилизация, съчетани с аеробна двигателна активност.

## Физиотерапия

Целта на този тип лечение е редуция на болката, възпалението и спазъма на лумбалната мускулатура при наличието на акутна симптоматика. Използват се различни способы като топлотерапия, масажи, електротерапия, мануална терапия.

## Хирургично лечение

Целта на оперативното лечение е постигане на редукция на радикулерната болка. Хирургичната намеса много рядко помага за редуциране на болката в кръста, основната цел е намаляване на болката в крака. Друга индикация за оперативна намеса е наличието на моторен дефицит. Пациентите, които имат лека слабост в крака, обикновено се „самоизлекуват“ с времето, затова и наличието на лек моторен дефицит не бива да се приема като индикация за оперативна намеса. Лекият моторен дефицит най-често не прогресира с времето – напротив, мускулната сила се увеличава. Изключение са пациентите, които развиват моторен дефицит в условията на спинална стеноза.

Манифестно изразеният моторен дефицит (плантарна горзифлексия 0-1/5) е индикация за спешна оперативна намеса. Пациентите, които се оперират след 24<sup>ия</sup> час от настъпил неврологичен дефицит имат лоша прогноза.

Наличието на синдром на кауда еквина е друга индикация за спешната оперативна намеса. Пациентите, които имат сфинктерни нарушения и неврологичен дефицит трябва да бъдат оперирани в рамките на първите 8 часа (максимум 48), в противен случай сфинктерният дефицит ще остане персистиращ.

## Индикация за оперативно лечение

Наблюдавайки гореизложения текст, можем да номерираме индикациите за оперативно лечение по следния начин<sup>[6]</sup>:

- Синдром на кауда еквина – 0.24-2%.
- Сериозен моторен дефицит – 5-20%, пациентите които се оперират след 3<sup>ти</sup> месец от настъпващия дефицит нямат подобрение.
- Радикулерна болка – 80-95%.

Целта на оперативната намеса при пациентите с унилатерална радикулерна болка е да се намали болката и да се съкрати периодът на консервативно лечение. Ако радикулерната болка се придружава и от моторен дефицит, целта на инвазивната намеса е и създаването на оптимални условия за невралния радикс чрез неговата декомпресия и за възстановяването на мускулната сила.

## Тайминг за оперативна намеса

Дисковата херния може да причини сериозна дисфункция на нервния корен. Наличието на бълджинг или протрузия на образната диагностика не означава, че има и лезия на радикса. Пациентите, които имат болка в кръста, но нямат болка в крака или компресия на радикса, не биха имали полза от оперативна намеса. Поради тази причина за декомпресия на радикса е уместно да се мисли при следните случаи:

- Силно изразена болка в крака, влошаваща значително качеството на живот.
- Болка с продължителност повече от 4 седмици и със засилващ се интензитет.
- Съответствие между компресията на радикса и симптоматиката на пациента при образна диагностика.

Голяма част от пациентите, които

имат дискова херния и манифестна симптоматика се подобряват значително в рамките на един месец. Целта на оперативната намеса е да се ускори процесът на лечение и да се подобри качеството на живот. Оперативната намеса успешно намалява радикулерната болка при над 90% от пациентите с лумбална дискова херния. Най-добрите резултати от хирургичната намеса се получават, когато оперативната намеса се извърши в рамките на 2 месеца от началото на симптоматиката<sup>[5]</sup>.

Компликация след оперативна намеса се среща при 9.1% от пациентите<sup>[7]</sup>. Рискът от инфекция е 1-5%, увеличаване на моторния дефицит – 1-8%, инцидентна суротомия – 5-10%. Процентът на морталитет е 0.07%. Важно е да се отбележи, че рискът от рецидивна дискова херния постоперативно е между 5-15%<sup>[7]</sup>. Редки компликации са постоперативна нестабилност, директно увреждане на радикса, арахноидит, висцерални увреждания. Както при оперираните пациенти, така и при консервативно менажираните, симптоматиката може да рецидивира.

Едно интересно ретроспективно проучване, показващо цената на лечение, е на *Schvartzman et al. 1992*. Смята се, че цената на оперативното лечение е по-висока от тази на консервативното, но тъй като консервативно лекуваните пациенти отсъстват от работа по-често и за по-дълго от оперираните, цената за лечение е по-висока при първата група<sup>[8]</sup>.

Най-честият естествен ход на дисковата херния е към самоизлекуване. При едно ретроспективно проучване на *Hakelius* от 1970 г. са проследени две групи пациенти за период от 7 години, лекувани оперативно и кон-



# НОВИНИ

сервативно. Опериратата група показва по-бързо излекуване и по-бързо възстановяване на ежедневните дейности, докато консервативно лекуваната група показва значително по-бавно излекуване. Въпреки това проследяването им в рамките на 7 години показва еднакво качество на живот при двете изследвани групи. Рискът от рецидив на болката в крака е 12% и при двете групи<sup>[9]</sup>.

При друго проспективно и рандомизирано проучване, извършено от Weber, 1983 г., са проследени 126 пациенти за период от 10 години. Установено е, че в края на 4<sup>-та</sup> годишния период няма разлика между опериратата и консервативно менажираната група. В края на 1<sup>-та</sup> година е установено, че при 65% от оперираните случаи има задоволителни резултати, докато при консервативно лекуваните този процент е 24%<sup>[10]</sup>.

Изводът от тези проучвания е, че хирургията на лумбалната дискова херния е уместно да се извършва при пациенти, притежаващи необходимата индикация и след задължително проведен курс за консервативно лечение за достатъчно дълъг период от време.

В обобщение, нужно е всеки пациент да вземе информирано решение относно своето лечение и да бъде запознат от своя лекуващ лекар за рисковете и ползите от оперативно/консервативно лечение. Повечето дискови хернии не предизвикват неврологичен дефицит, а болката, независимо от нейния интензитет, преминава при голяма част от пациентите в рамките на 4 до 6 седмици.

Дисковите хернии, които не предизвикват симптоматика не изискват лечение. Достатъчно е овладяването на острата болка в кръста или

в крака да бъде извършено чрез консервативно лечение през първите 4-6 седмици. Наличието на нетърпими болки в крака и/или неврологичен дефицит са относителни индикации за оперативно лечение. Състоянията, които изискват спешна оперативна намеса са наличието на синдром на кауда еквина и тежък моторен дефицит. ■

## Книгопис:

1. Koebe CJ, Maroon JC, Abl A, El-Kadi H, Bost J. Lumbar microdiscectomy: a historical perspective and current technical considerations. *Neurosurg Focus*. 2002 Aug 15;13(2):E3. doi: 10.3171/fooc.2002.13.2.4. PMID: 15916400.
2. Boden SD, Davis DO, Dina TS et al. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 72:403-408, 1990.
3. Konstantinou K, Dunn KM. Sciatica: review of epidemiological studies and prevalence estimates. *Spine (Phila Pa 1976)* 2008;33:2464-72. doi:10.1097/BRS.0b013e318183a4a2.
4. Bozzao A, Galucci M, Masciococchi C, Aprile I, Barile A, Passariello R. Lumbar disc herniation: MR imaging assessment of natural history in patients treated without surgery. *Radiology* 185:135-141, 1992.
5. Bush K, Cowan N, Katz DE, Gishen P. The natural history of sciatica associated with disc pathology: a prospective study with clinical and independent radiologic follow-up. *Spine* 17:1205-1212, 1992.
6. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 331:69-73, 1994.
7. Erman M. Bel Agrisi ve Tedavi Yontemleri. AD Yayincilik, 1995.
8. Schwartzman L, Weingarten E, Sherry H, Levin S, Persaud A. Cost-effectiveness analysis of extended conservative therapy versus surgical intervention in the management of herniated lumbar intervertebral disc. *Spine* 17:176-182, 1992.
9. Hakelius A. Prognosis in sciatica: a clinical follow-up of surgical and non-surgical treatment. *Acta Orthop Scand (Suppl)* 129:1-76, 1970.
10. Weber H. 1982 Volvo Award in Clinical Science. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 8:131-140, 1983.

## Има ли връзка между Епщайн-Бар вирус и МНОЖЕСТВЕНАТА СКЛЕРОЗА?

Изследователи откриват връзка между множествената склероза и вируса на Епщайн-Бар, с който се е сблъскало около 90% от световното население. Все още не е установен етиологичен причинител на множествената склероза.

Множество теории сочат, че вирусните инфекции действат като отключващ фактор. В диапазон от 20 години между 1993 и 2013 г., учени са наблюдавали и изследвали 10 млн. военнослужещи. От тях 801 развиват МС. Интересното е, че от 801 болни само 1 не е имал предварително документирана ЕПВ инфекция.

Подобна връзка не е наблюдавана при други често срещани вируси. Друго по-скорошно проучване разширява тези открития. Изследователи установяват, че част от Епщайн-Бар вирусът (протеин, наречен EBNA1) прилича на протеин, произведен в главния и гръбначния мозък (GlialCAM). Когато имунната система се бори с вируса, тя също така атакува мозъчния протеин, който се намира в миелина. До 25% от хората, които развиват МС имат антитела срещу същите два протеина. Превенцията е единственият метод за защита от МС.

На първо място се смятат отказът от тютюнопушенето, редовните физически упражнения, редуцията на стреса и контролът на витамин Д. Според друго проучване шансът от развитие на МС е 32 пъти по-голям след скорошна ЕБВ инфекция.